

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted desea una copia de este aviso en Español por favor contacte a la Oficina de Privacidad al (317) 488-5018 o 1-800-457-4584.

Introducir frase de Version en Español aquí

Este aviso es para todos los miembros de Los Programas Cubiertos de Salud de Indiana (IHCP) incluyendo Medicaid, Hoosier Healthwise, Medicaid Select, y miembros que viven en Instituciones que opera el Departamento de Salud del estado de Indiana y La División de Salud Mental y Adicción que han recibido servicios médicos fuera de estas Instituciones. Este aviso es para su información solamente. Usted no necesita tomar ninguna acción como resultado de este aviso.

Aviso Sobre Practicas De La Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRIA SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Este aviso dice como el IHCP podría usar o revelar su información médica. También le dice acerca de sus derechos y los requisitos de IHCP concerniente al uso y publicación de su información médica. Su información médica no será compartida sin una autorización suya por escrito con la excepción que se describe en este aviso o cuando es requerido o permitido por la ley. Si usted nos da una autorización por escrito, y después cambia de opinión nos lo puede hacer saber por escrito. IHCP podría cambiar la practica de privacidad y hacer practicas de privacidad nuevas efectivas para toda la información médica que nosotros mantenemos. Si los terminos de este aviso cambian nosotros le enviaremos una copia de esta noticia revisada a la dirección que usted nos proporcionó.

NUESTRA RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO CON USTED

Nosotros comprendemos que su información médica es personal y nos hacemos seriamente responsables de su información médica personal. Nosotros estamos comprometidos a seguir todas las leyes estatales, y federales que protegen su información médica. Se nos requiere de proteger su información médica, decirle acerca de sus derechos a su información médica y darle este aviso explicándole nuestra responsabilidades y las maneras que usamos y compartimos su información médica.

Nosotros no creamos archivos médicos. Nosotros recibimos información médica que nos ayuda a hacer decisiones y ver si califica para ciertos programas o servicios. Nosotros usamos su información médica para pagar servicios que usted ha recibido por su proveedor médico, para manejos de servicios médicos, y para evaluar la calidad de servicios que usted recibe. Aunque no podemos describir todos los casos relacionados acerca del uso de su información médica, los siguientes son algunos ejemplos comunes de cómo nosotros usamos su información médica personal:

. Doctores, hospitales y otros proveedores de servicios médico que proporcionan servicio a usted los cuales mandan su información médica a nosotros en un formulario cuando mandan el reclamo para pagos. Ellos también podrían darnos su información médica en el formulario de reclamo para obtener una autorización previa o para averiguar si los servicios están cubiertos. Estos requisitos incluyen su información la cual identifica a usted, su diagnóstico, y procedimientos que usted ha recibido o que quizás recibirá en el futuro. Nosotros usamos esta información médica para aprobar y pagar por los servicios que nosotros cubrimos. Nosotros podríamos compartir su información con otros programas que podrían pagar su cuidado médico tales como Medicare, o compañías de seguro privadas para así obtener pagos.

. Nosotros podríamos compartir su información médica para revisar el cuidado y resultado de su tratamiento para comparar el resultado de otras personas queines recibieron el mismo o similar tratamiento. Nosotros usamos esta información para mejorar la calidad y efectividad de los servicios del cuidado médico.

. Nosotros podríamos revelar su información médica a nuestros empleados, así como compañías y personas con las cuales tenemos un contrato, para que ellos puedan llevar a cabo el trabajo que le hemos pedido que hagan, tales como aprobar sus servicios o revisar pagos hechos a los proveedores de servicios médico. Para proteger su información médica nosotros requerimos a todos los que tienen un contrato con nosotros a seguir reglas para proteger su información.

. Nosotros podríamos usar y revelar su información médica para decirle a usted o a su proveedor acerca de las opciones, alternativas en tratamientos y para otros beneficios relacionados con su salud.

. Nosotros podríamos revelar o compartir su información médica con otras agencias del gobierno que podrían proveer beneficios o servicios públicos a usted. Nosotros podríamos revelar o compartir su información con otras agencias del gobierno permitida por la ley, incluyendo el gobierno federal, para mostrar como el IHCP está trabajando para mejorar los programas.

. Nosotros podríamos usar y revelar su información médica en cumplimiento con la ley, en una emergencia pública para notificar a su familia; para actividades de salud públicas para prevenir o controlar enfermedades, daños o incapacidades o reportar abuso; para cumplir con la Ley de Compensación de Trabajadores; como es requerido por la ley incluyendo cuando se responde a una citación, requisito de descubrimiento, corte o orden administrativa, para asuntos de seguridad nacional, para reportar estadísticas vitales, o para procesar información de donación de órganos.

. Nosotros podríamos revelar su información a investigadores cuando la información no le identifica a usted o cuando la investigación ha sido revisada y aprobada por una revisión institucional de la mesa directiva para asegurar la privacidad continua y protección de su información médica.

Sus Derechos de Información Médica.

Usted tiene el derecho a pedir que el IHCP no revele su información médica personal, revelar solamente parte de su información, o revelarlas por razones que usted pida. Nosotros no estamos obligados a cumplir su petición.

. Usted tiene el derecho pedir una copia de este aviso en cualquier momento, y si esta de acuerdo de recibirlo por correo electrónico.

. Usted tiene el derecho a pedir una lista la cual le enseña cada vez que su información médica personal a sido revelada. Su requisito por escrito debe ser sometido al la Oficina de Privacidad del IHCP y presentar el periodo de tiempo que desea saber. El periodo de tiempo no podria ser más de seis años atrasados y no podria incluir fechas antes de Abril 14,2003. Esta lista no incluirá la información médica personal que fue revelada para proveerle el tratamiento, para hacer o obtener pagos por servicio, para manejos de servicios, para seguridad nacional, para uso de las prisiones o oficiales que reforan la ley. Esta lista no incluirá información revelada a usted por el IHCP que usted requirió por escrito, o información revelada a personas quienes están involucradas en su cuidado.

. Usted tiene el derecho a requerir que nosotros le contactemos acerca de asuntos médicos personales en cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede pedir que solo se le contacte en su trabajo o por correo electrónico. Nosotros revisaremos y acomodaremos solamente los requeridos razonables. Para pedir una manera o localidad especial para que nosotros le contactemos acerca de su información medical personal, usted tiene que escribir a la Oficina de la Privacidad IHCP a la dirección que esta al final de este aviso que es donde usted puede contactarnos.

. Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información médica. Quizás se le cobre honorarios por el costo de las copias, envío postal, o por otro gasto necesario para su petición. Usted tiene el derecho de ver o copiar información usada para demandas, investigaciones criminales o prosecución, o notas hechas por un siquiata o terapeuta de salud mental. Si usted siente que no se le a permitido ver o tener copias de su información médica usted puede presentar una apelación con la Oficina de Privacidad IHCP. Si una apelación es presentada con la Oficina de Privacidad de IHCP, una persona la cual no participó en la decisión de negar su petición hará revisión de la apelación.

Usted tiene el derecho de pedir que cambiemos su información médica que usted piense que esta incorrecta o incompleta. Su requerido puede ser negado si nosotros no creamos o escribimos la información, esto no es parte de la información que usted puede ver u obtener copia, o si usted decide que la información médica personal no tiene errores y está completa.

Por favor note que: Todas las peticiones acerca de su información médica deben ser por escrito y enviadas a la dirección de la Oficina de la Privacidad IHPC que esta al final de este aviso.

**Para Contactarnos
Presentar una
Queja**

Si usted tiene preguntas o quiere información adicional, usted puede contactar al IHCP usando la siguiente dirección o número de teléfono. Si tiene una queja acerca de nuestra prácticas de información médica o cree que nosotros hemos violado derechos de privacidad, por favor haga una queja por escrito a IHPC a la dirección siguiente. Todas las quejas deben ser por escrito.

**IHCP Privacy Office
P.O. Box 7260
Indianapolis, In 46207-7260
(317) 488-5018 o 1-800-457-4584**

También usted puede mandar una queja a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos a la siguiente dirección:

**Secretary of Health and Human Services
20 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20201**

Nosotros nunca tomaremos una acción en contra de usted por llenar una queja ni tampoco afectará los servicios de cuidado de salud ofrecidos a usted.